

Nº W21-781656



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12568 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 169456

Nom & Prénom : Houssem ELABE

Date de naissance : 27/04/87

Adresse : Rid M Abdelhak Imm 59 Appartement 20  
Nakella 3, Ann RAN RABAT

Tél. : 06 78 49 07 01 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Siham BENSLIMANE MGHABBAR  
Chabab C2A, Bd Mohammed El Baamrani  
mm. F4 Apt. 2 Ain Sebati, Casablanca  
Tél 05 22 75 36 92

Date de consultation : 19/07/15

Nom et prénom du malade : ESSATTE Walea

Age : 05 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Rhume

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

MUPRAS

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

**Signature de l'adhérent(e) :**

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/07/23		C	400	Dr. Siham BENSLIMANE MGHABBAR N°P : 09140211 Chabab C2A - Bd. Mohammed El Baamrani F.A. Abdel 2 Ali Sebati - Casablanca Tél : 05 22 75 36 99

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
		CLINIQUE PÉDIATRIQUE 50, Bd. Abdelrahman Bouabid OASIS - Casablanca Tél : 05 22 72 18 18 - N°P : 190003690

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 19-07-2023

Facture N° 12665/23

## A. Identification

N° Dossier : ATF23G19130325

N° Identifiant : 034850/23

Nom & Prénom : bebe ESSATTE LILIA

C.I.N :

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 19-07-2023

Date Sortie : 19-07-2023

Médecin traitant : DR . BENSLIMANE SIHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE CLINIQUE :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						400,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE PÉDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél : 0522 23 18 18 - INPF : 090003690



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le... 19/07/23

ESSATTE Ula

— Noucha - beh belwital

Dr. Siham BENSLIMANE MGHABBAR  
Pédiatre  
Chabab C2A - Bq Mohammed El Baamrani  
mm. F4, Appt. 2 Ain Sebba - Casablanca  
Tél: 05 22 75 36 92 05 22 75 36 93